



ΕΝΤΥΠΟ ΑΙΤΗΣΗΣ ΤΗΣ UNI-CARE

ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΤΕ ΣΤΑ ΑΓΓΛΙΚΑ - Γράψτε καθαρά

Αριθμός συμβολαίου

Στοιχεία κατόχου ασφαλιστηρίου συμβολαίου:

Όνομα: Επώνυμο: Ημερομηνία γέννησης: / /
Τηλέφωνο: Κινητό: Email:

Στοιχεία ατόμου που ζητάει αποζημίωση (αν είναι διαφορετικά από τα παραπάνω)

Όνομα: Επώνυμο: Ημερομηνία γέννησης: / /
Διεύθυνση για καταβολή αποζημίωσης:
Όνομα Εκπαιδευτικού Ιδρύματος (αν είναι σχετικό):

Για ποια κατηγορία του συμβολαίου ζητάτε αποζημίωση: Ιατρικά Αποσκευές Άλλο

ΙΑΤΡΙΚΑ & ΣΧΕΤΙΚΑ ΕΞΟΔΑ (Κατηγορία 1 στο ασφαλιστήριο συμβόλαιο)

Περιγράψτε την ασθένεια ή τον τραυματισμό για τον οποίο ζητάτε αποζημίωση και τη θεραπεία στην οποία υποβληθήκατε:

Ημερομηνία ιατρικής εξέτασης Έξοδα προς αποζημίωση \$ Να πληρωθεί ο κάτοχος του συμβολαίου Να πληρωθεί ο ιατρικός φορέας

Πότε υποβληθήκατε σε θεραπεία για πρώτη φορά για το συγκεκριμένο πρόβλημα; / /

Πότε υποβληθήκατε σε θεραπεία για τελευταία φορά για το συγκεκριμένο πρόβλημα; / /

Αν η αποζημίωση αφορά οπτικά, δώστε την ημερομηνία της πρώτης επίσκεψης / /

Αν η αποζημίωση αφορά αλλαγή της όρασης, δώστε:

A: Προηγούμενη συνταγή B: Νέα συνταγή Γ: Αλλαγή σε διοπτρίες:

ΑΠΟΣΚΕΥΕΣ - ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΑ κλπ (κατηγορία 2 στο ασφαλιστήριο συμβόλαιο)

Ημερομηνία απώλειας, ζημιάς ή κλοπής: / / Χώρα & τόπος όπου συνέβη:
Περιγράψτε το περιουσιακό στοιχείο**

Ημερομηνία αγοράς / / Από Κόστος \$ Κόστος επισκευής ή αντικατάστασης \$

Περιγραφή του συμβάντος

ΠΡΟΣΟΧΗ Αν η απώλεια οφείλεται σε κλοπή ή διάρρηξη,
θα πρέπει να έχει ενημερωθεί η αστυνομία και να υποβληθεί αστυνομική αναφορά.

** Παρακαλείστε να επισυνάψετε στοιχεία που επιβεβαιώνουν ότι έχετε την ιδιοκτησία των απωλεσθέντων αντικειμένων, όπως αποδείξεις, εγχειρίδια ή στοιχεία συναλλαγών πιστωτικής κάρτας.

ΆΛΛΕΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΕΩΝ (Κατηγορίες 3-7 στο ασφαλιστήριο συμβόλαιο)

Κατηγορία αποζημίωσης Ημερομηνία συμβάντος / / Χώρα & τόπος Κόστος προς αποζημίωση: \$

Περιγραφή του συμβάντος

ΔΗΛΩΣΗ: Δηλώνω/Δηλώνουμε ότι:

- εξ όσων γνωρίζω/γνωρίζουμε όλα τα στοιχεία που αναφέρονται στην παρούσα αίτηση αποζημίωσης είναι ακριβή από κάθε άποψη.
- το αιτούμενο ποσό αποζημίωσης ΔΕΝ καλύπτεται από άλλο συμβόλαιο ασφάλισης, περίθαλψης ή ιατρικού σχήματος.

Ο ΝΟΜΟΣ ΠΕΡΙ ΤΗΣ ΙΔΙΩΤΙΚΟΤΗΤΑΣ: Εξουσιοδοτώ/Εξουσιοδοτούμε την American Home Assurance ή τους αντιπροσώπους ή τους πράκτορες αυτής να συλλέξουν προσωπικές πληροφορίες (περιλαμβανομένων και ιατρικών πληροφοριών) σχετικά με το πρόσωπό μου/μας από οποιοδήποτε άλλο μέρος και να τις διαθέσουν σε άλλα μέρη αν αυτό είναι αναγκαίο. Φωτοαντίγραφο αυτής της εξουσιοδότησης έχει την ίδια ισχύ με το πρωτότυπο.

ΥΠΟΓΡΑΦΗ: ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: / /

Πρέπει να υποβληθούν οι πρωτότυπες αποδείξεις, τιμολόγια και εκτιμήσεις προς υποστήριξη της παρούσας αίτησης αποζημίωσης.

Μπορείτε να ταχυδρομήσετε, να στείλετε με φαξ ή να σαρώσετε και να στείλετε με email την αίτησή σας και τα πρωτότυπα παραστατικά στη διεύθυνση: The Uni-Care Claims Service, P.O. Box 496, Wellington, New Zealand.

Τηλέφωνο χωρίς χρέωση στη Νέα Ζηλανδία: 0800 864 227 (0800 UNICARE), στην Αυστραλία: 1800 864 227 (1800 UNICARE)

Εκτός Νέας Ζηλανδίας και Αυστραλίας καλέστε: +64-4-381 8166 (με χρέωση καλούμένου),

φαξ +64-4-385 7865. Email: claims@crombie.co.nz